



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico 2017 / 2018

LA DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS.

EL PAPEL DE ENFERMERÍA.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Autora: Carla Arto Pérez.

Director: Luis Alfonso Hijós Larráz.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	5
4. METODOLOGÍA	5
5. DESARROLLO	7
5.1. DESARROLLO DEL DETERIORO DEL ESTADO NUTRICIONAL	7
5.2. SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	9
5.3. MEDIDAS PREVENTIVAS DEL DETERIORO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO.....	11
5.4. ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN ONCOLÓGICA.....	13
6. CONCLUSIÓN	17
7. BIBLIOGRAFÍA.....	19
8. ANEXOS.....	24

1. RESUMEN

Introducción: El cáncer es una de las enfermedades más comunes a nivel mundial ocasionando gran número de muertes y se ha visto que hasta un 30% de los casos de cáncer están relacionados con malos hábitos alimenticios. Además, hasta un 80% de los pacientes oncológicos padecen trastornos de desnutrición. El profesional de enfermería llevará a cabo un seguimiento nutricional exhaustivo.

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica para conocer la influencia de la alimentación en los pacientes oncológicos.

Metodología: Para la realización del trabajo se han utilizado diferentes bases de datos como Cuiden, Pubmed, Scielo y Dialnet. Complementario a esa búsqueda, se han empleado otras fuentes, libros y revistas.

Desarrollo: Los trastornos de desnutrición son frecuentes en los pacientes oncológicos y deben ser tratados para evitar estados de desnutrición mas graves. Para el tratamiento de la desnutrición simple se encuentra el soporte nutricional, y como medida preventiva la alimentación. El profesional de enfermería juega un papel muy importante en el tratamiento y cuidado de estos pacientes donde será importante un cribado y seguimiento del estado nutricional como método preventivo a la desnutrición.

Conclusión: El soporte nutricional tiene gran importancia en el tratamiento de la desnutrición simple y como medida preventiva, se encuentra la alimentación. El profesional de enfermería llevará a cabo un seguimiento exhaustivo del estado nutricional del paciente que le permitirá llevar a cabo las diferentes intervenciones enfermeras para prevenir la desnutrición del paciente.

Palabras clave utilizadas Decs: Enfermería, Neoplasia, Alimentación, Diagnóstico de Enfermería, Estado Nutricional, dieta.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is one of the most common diseases worldwide causing a large number of deaths, and has been seen that up to 30% of cancer cases are related to bad eating habits. In addition, up to 80% of cancer patients suffer from malnutrition disorders. The nursing professional will carry out a thorough nutritional follow-up.

Objective: The realization of a bibliographic review to know the influence of food in cancer patients.

Methodology: Different databases have been used to carry out the work, such as care, Pubmed, Scielo and Dialnet. In addition to, other sources, such as books and magazines have been too used.

Development: Malnutrition disorders are common in oncological patients and should be treated to prevent more severe malnutrition states. Simply, the nutritional support is found in eating habits for the treatment of malnutrition. The nursing professional plays a very important role in the treatment and care of these patients where it will be important a screening and monitoring of nutritional status as a preventive method to malnutrition.

Conclusion: Nutritional support in eating habits has great importance in the treatment of simple malnutrition. The nursing professional will carry out an exhaustive monitoring of the nutritional status of the patient that will allow him to carry out different nurse diagnosis to prevent the malnutrition of the patient.

Key words used Mesh: Nursing, Neoplasms, Feeding, Nursing diagnosis, Nutritional status, Diet

2. INTRODUCCIÓN

El cáncer sigue siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad en la población mundial. Después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer es la segunda causa principal de muerte en los países desarrollados. En la actualidad y desde hace varios años, se ha convertido en una de las enfermedades de mayor importancia de salud pública en España, constituyendo en el año 2015, la tercera causa de estancia hospitalaria, con 3.599.306 estancias, por detrás de las enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾.

En base a diversos estudios y datos publicados en la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), la incidencia del cáncer en España en el año 2015 fue de 247.771 de nuevos casos, siendo la tasa más alta en el sexo masculino (148.827 casos) frente al sexo femenino (98.944 casos). Existen diferentes tipos de cáncer, siendo los más frecuentemente diagnosticados en el año 2015, el cáncer colorectal (41.441 casos), el de próstata (33.370 casos), el de pulmón (28.347 casos), el de mama (27.747 casos) y el de vejiga (21.093 casos) ^(ANEXO I), aunque existen diferencias de incidencia de los diferentes tipos de cáncer en relación al sexo ^{(ANEXO II) (2) (3)}

En la actualidad se prevé que una de las causas de aparición de ciertos tipos de cáncer es debida a una alimentación inadecuada llegando hasta el 30% de todos los casos de cáncer a relacionarse con malos hábitos alimenticios. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Los pacientes oncológicos, a menudo presentan deficiencias nutricionales importantes que afectan negativamente a su calidad de vida, a la evolución de la enfermedad y al tratamiento quirúrgico, aumentando así las posibles complicaciones del proceso (infecciones, complicaciones postquirúrgicas...), las estancias hospitalarias y el riesgo de muerte ⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

Se estima que la prevalencia de los trastornos de desnutrición en el paciente oncológico oscila entre un 15% y un 40% en el momento del diagnóstico, pero sin embargo, la incidencia de desnutrición aumenta

conforme evoluciona la enfermedad pudiendo llegar a afectar a un 80% de los pacientes.

Esta incidencia depende del tipo de cáncer y del estadio en el que éste se encuentra, estando presente en un 15%-20% en los estadios iniciales, un 80% en los estadios más avanzados y entre un 80%-90% en los pacientes terminales ⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

En definitiva, la alimentación influye de forma directa en el proceso del cáncer, especialmente en la prevención secundaria, es decir, en la progresión y evolución de éste ⁽⁸⁾.

Todo ello conlleva a la importancia de un seguimiento nutricional exhaustivo del paciente oncológico que debe ser abordado por un equipo multidisciplinar, donde el profesional de enfermería debe brindar una educación nutricional acertada y adaptada a las necesidades individuales de cada paciente ⁽⁴⁾⁽⁶⁾.

Por todo ello se plantea realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

Realizar una revisión bibliográfica para actualizar y conocer la influencia de la alimentación en el paciente oncológico.

Objetivos específicos:

- Determinar el desarrollo del deterioro del estado nutricional o caquexia cancerosa.
- Definir en qué consiste el soporte nutricional y su importancia en los pacientes oncológicos.
- Determinar las medidas preventivas del deterioro del estado nutricional del paciente oncológico.
- Conocer el papel de enfermería en la prevención de la desnutrición.

4. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica donde los artículos utilizados están datados a partir del año 2007 y se encontraron durante el periodo de búsqueda entre el 5 Enero- 11 Abril de 2018.

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva donde se utilizaron diferentes bases de datos.

En la siguiente tabla (Ver tabla 1) puede observarse el perfil de búsqueda realizado donde se plasma entre paréntesis los limitadores de búsqueda utilizados en las diferentes bases de datos

Tabla 1. Perfil de búsqueda			
BASES DE DATOS	TÉRMINOS DE BÚSQUEDA, OPERADORES BOOLEANOS Y LIMITADORES	ARTICULOS ENCONTRADOS	ARTICULOS UTILIZADOS
Scielo	Soporte nutricional and cancer	7	3

Dialnet	Dieta vegetariana en el cáncer (año de publicación menos de 5 años)	4	1
Pubmed	Nutrition and soporte nutricional and cancer (texto completo, año de publicación menor a años)	7	2
Pubmed	Cáncer and nutrition and enfermería (revision, free full text)	7	1
Pubmed	Suplementacion nutritional and cancer	1	1
Pubmed	Caquexia and cancer (revisión, año de publicacion menos de 5 años)	8	1
Cuiden	Consejo dietético and alimentación and atención primaria (año de publicación menos de 5 años)	7	1
Cuiden	Valoración nutricional and enfermería and cáncer (*)	3	2
Cuiden	Diagnóstico de enfermería and nutrición and cáncer (*)	6	2

(*) Búsqueda realizada mediante palabras clave.

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica y obtenidos los diferentes artículos mediante los criterios de búsqueda, se establecen los criterios de selección de aquellos documentos necesarios para la realización del trabajo.

(Ver tabla 2)

Tabla 2. Criterios de selección	
CRITERIO INCLUSIÓN	CRITERIO EXCLUSIÓN
Documentos publicados en lengua hispana, portuguesa e inglesa	Todo documento en relación con la investigación en animales.
Todo documento que englobe la población infantil y adulta.	Cartas al director, tesis doctorales, actas de congresos.
Todo documento que englobe cualquier tipo de cáncer.	Todo documento relacionado con el paciente terminal.
Documentos que presentan solo resumen y los que ofrecen el texto completo.	Todo documento relacionado con el abordaje nutricional en las diversas enfermedades diferentes al cáncer.
	Todo documento relacionado con la enfermería domiciliaria

Complementario a la búsqueda anterior, se utilizaron también diferentes fuentes como la Biblioteca Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), The European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC), la revista de Enfermería Global, la revista de Enfermería Oncológica, la revista de Salud Pública en México y los libros, Nutrición en la Salud y la Enfermedad y Mis recetas anticáncer: Alimentación y vida anticáncer.

5. DESARROLLO

Si bien el componente genético juega un papel muy importante en el desarrollo del cáncer, se ha observado que el cáncer está fuertemente relacionado con los aspectos dietéticos ⁽¹⁾

5.1. DESARROLLO DEL DETERIORO DEL ESTADO NUTRICIONAL

Los pacientes con cáncer padecen frecuentemente un deterioro en su estado nutricional junto a un deterioro de su estado funcional que se acompaña con la alteración en su composición corporal: ⁽¹⁾⁽⁹⁾

La presencia de una enfermedad maligna a menudo va precedida por una ingesta reducida de nutrientes pudiendo llegar a provocar la presencia de desnutrición ^{(1) (9)}.

Se entiende por desnutrición o malnutrición al resultado de una ingesta insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria y de una absorción deficiente de los nutrientes consumidos, que frecuentemente, genera una pérdida de peso corporal ⁽¹⁰⁾.

En cuanto al origen de esta desnutrición se pueden señalar diferentes causas dentro del proceso tumorigeno:

1. La desnutrición provocada por el proceso del tumor donde los pacientes refieren no tener apetito y a menudo experimentan la sensación de saciedad temprana ⁽¹⁾.
2. La desnutrición provocada por los efectos de los tratamientos oncológicos (radioterapia y quimioterapia) y de las intervenciones quirúrgicas. Estos tratamientos a menudo tienen efectos secundarios que dificultan la ingesta de alimentos y por tanto constituyen una barrera, a lo que se denomina caquexia secundaria o síntomas de impacto nutricional secundario en el que se incluyen la mucositis, náuseas y vómitos, dolor, síntomas gastrointestinales como la diarrea, defecación después de comer (dumping), fatiga, problemas dentales... etc.
Esta caquexia secundaria es la que produce mayor impacto nutricional en el paciente ⁽¹⁾⁽¹¹⁾.
3. La desnutrición debida a las características propias que puede presentar el paciente como la ansiedad, estrés, antecedentes de alcoholismo, hábitos alimentarios, entorno familiar o existencia de comorbilidades como el déficit cognitivo ^{(9) (11)}.

En la mayoría de los pacientes, la etiología de la desnutrición es multifactorial y por lo tanto debe ser tratada como tal.

La desnutrición simple provocada por la disminución de la ingesta responsable de un menor aporte de energía, proteínas y micronutrientes, puede corregirse mediante un adecuado soporte nutricional y estímulo del apetito, excepto en aquellos casos en los que la desnutrición es lo

suficientemente grave como para inducir cambios graves permanentes. De esta manera, la caquexia no puede ser totalmente revertida por el apoyo nutricional convencional, considerándose así una de las características definitorias del síndrome de la caquexia ^{(1) (9)}.

La desnutrición asociada a la enfermedad o caquexia primaria comienza con una pérdida importante del peso corporal y con un desequilibrio proteico y energético, pudiendo evolucionar hacia un estado donde el paciente presenta un síndrome de desnutrición o caquexia cancerosa irreversible que aparece frecuentemente con el desarrollo de la metástasis y que se acompaña de una importante pérdida de músculo (sarcopenia) y de tejido adiposo, de una ingesta reducida de alimentos, de un metabolismo anómalo (catabólico) responsable de la importante pérdida de peso del paciente, y de una inflamación sistémica. ^{(1) (9)}

Este síndrome de desnutrición es frecuente y se aprecia en más del 50% de los pacientes oncológicos, considerándose un factor de mal pronóstico respecto de la calidad de vida, con una menor supervivencia y con una reducción en la tolerancia o respuesta al tratamiento ⁽⁹⁾.

La eficacia de la intervención nutricional puede verse afectada por la presencia de anomalías metabólicas catabólicas, sin embargo, es un error pensar que la terapia nutricional resulta ineficaz en el paciente con caquexia ⁽¹⁾.

Se han empleado terapias combinadas de fármacos para aumentar el apetito y la ingesta del paciente pero han resultado inefectivos por concluir con efectos colaterales no deseados y muchos de ellos, como el acetato de megestrol (AM) sin presentar mejoría en la calidad de vida del paciente. ⁽⁹⁾

5.2. SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

En los últimos años se ha observado una mejora en los índices de mortalidad del paciente oncológico, debido principalmente a un diagnóstico precoz y por una mejora en el tratamiento oncológico, dentro del que se encuentra el soporte nutricional ⁽⁷⁾.

Como ya se ha comentado anteriormente la desnutrición simple que pueden presentar los pacientes con cáncer puede corregirse mediante un adecuado soporte nutricional ya que si no se trata oportunamente puede conllevar a una emancipación creciente, debilidad, reducción de la síntesis de proteínas y una pérdida de masa muscular afectando directamente a la calidad de vida del paciente e incrementando la mortalidad ⁽¹⁾⁽⁹⁾⁽¹²⁾.

El soporte nutricional en oncología consiste en el aporte adecuado tanto de macronutrientes, en especial desde el punto de vista proteico, como de micronutrientes, con el fin de perseguir los siguientes objetivos ^{(11) (13) (14)} (ver tabla 3)

Tabla 3. Objetivos del soporte nutricional. Elaboración propia	
1.	Mejorar la eficacia y tolerancia al tratamiento oncológico específico ⁽¹¹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾
2	Mejorar el estado nutricional del paciente y/o prevenir su empeoramiento ⁽¹¹⁾
3	Reducir la incidencia de complicaciones ^{(11) (13) (14)}
4	Aumentar el control tumoral ⁽¹³⁾
5	Mejorar la calidad de vida del paciente. ⁽¹¹⁾⁽¹³⁾

En base a *European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC)* se recomienda la nutrición enteral (NE) cuando la nutrición oral sigue siendo inadecuada a pesar de las intervenciones nutricionales, y la nutrición parenteral si la NE no es suficiente o imposible. Además se ha visto que la NE genera más beneficios que la nutrición parenteral ya que hay una mayor estabilización de los niveles de los parámetros analíticos, una reducción de la presencia de vómitos e infecciones y una reducción en el tiempo de hospitalización en un espacio más corto de tiempo ^{(11) (15)}.

En relación a lo anterior, se debe tener en cuenta las posibles interacciones tanto físicas, farmacodinámicas, farmacocinéticas o farmacológicas que pueden existir entre los diferentes tratamientos oncológicos administrados y el soporte nutricional y sus posibles consecuencias ⁽¹¹⁾ (ver tabla 4).

Tabla 4. Consecuencias de las interacciones entre tratamiento oncológico y soporte nutricional. Elaboración propia ⁽¹¹⁾

1	Disminución de la eficacia de los tratamientos oncológicos.
2	Aumento de la toxicidad de los tratamientos oncológicos
3	Mala tolerancia al soporte nutricional.
4	Carencias nutricionales.

5.3. MEDIDAS PREVENTIVAS DEL DETERIORO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

La dieta constituye un factor muy importante en el desarrollo del cáncer, ya que numerosos nutrientes y compuestos de los alimentos podrían promover o inhibir el desarrollo tumorigeno en las diferentes etapas de proceso carcinógeno. ⁽¹⁶⁾

Como medida preventiva del deterioro del estado nutricional se encuentra la alimentación, en la que cabe diferenciar los alimentos aconsejables (ver tabla 5) y los alimentos desaconsejables en el paciente oncológico (ver tabla 6). ^{(8) (16) (17)}

Tabla 5. Alimentos aconsejables como medida preventiva del deterioro nutricional. Elaboración propia.

ALIMENTOS	PROPIEDADES
Frutas y verduras ⁽⁸⁾⁽¹⁶⁾	Están provistas de micronutrientes y otros compuestos antioxidantes, además de poseer propiedades que pueden influir en distintos procesos de la carcinogénesis. Se ha observado una disminución de 33% de riesgo de cáncer gástrico por 100g de frutas por día. ⁽¹⁶⁾

Leche, yogurt y otros lácteos	El consumo de productos lácteos reduce el riesgo ya que los lactobacilos presentes en los productos lácteos fermentados, como el yogurt, podrían actuar de forma indirecta en la carcinogénesis gástrica. ⁽¹⁶⁾
Cebolla ⁽⁸⁾⁽¹⁷⁾	La cebolla es rica en fitoquímicos, los cuales ejercen su función protectora a través de varios mecanismos, como antioxidantes y antiproliferativos. Además reduce de modo considerable el riesgo de cáncer de mama. ⁽¹⁷⁾

Tabla 6. Alimentos desaconsejables en el paciente oncológico. Elaboración propia.

La sal ⁽⁸⁾⁽¹⁶⁾	La sal puede dañar directamente la mucosa gástrica y promover la formación de compuestos N-nitrosos, potencialmente cancerígenos. ⁽¹⁶⁾
Carnes rojas y procesadas ⁽⁸⁾⁽¹⁶⁾	Las carnes rojas contienen hierro, el cual promueve la formación de compuestos N-nitrosos, potencialmente mutagénicos y cancerígenos. En el caso de las carnes procesadas, las altas cantidades de sal, nitratos y nitritos también contribuyen en tal proceso. ⁽¹⁶⁾

Alcohol ⁽⁸⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾	El alcohol puede iniciar o promover el desarrollo del cáncer por múltiples efectos biológicos. Existe un incremento del riesgo de padecer cáncer gástrico de alrededor de 10% por el consumo de 10 mg por día de etanol. Las bebidas alcohólicas pueden contener sustancias carcinógenas (acetaldehídos), además de que el alcohol por sí mismo puede solubilizar otros carcinógenos externos para que penetren en la célula. ^{(16) (17)}
--------------------------------	--

La alimentación por tanto, es un aspecto importante a tener en cuenta constituyendo así un punto primario de intervención ⁽¹⁾⁽¹⁶⁾

5.4. ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN ONCOLÓGICA

Enfermería es el profesional con mayor contacto con el paciente, y por tanto es fundamental en el tratamiento de paciente oncológico. Los cuidados de enfermería en oncología pretenden mejorar la calidad de vida del paciente y su enfrentamiento a la enfermedad mediante una educación sanitaria sobre el proceso oncológico dirigida a la prevención o alivio del sufrimiento, a la detección precoz y al tratamiento del dolor y otros síntomas físicos, sociales, psicológicos y espirituales desde el momento del diagnóstico hasta la situación final de vida. Para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, el papel de enfermería, a través de los cuidados y de la educación sanitaria tanto al paciente como a su familia, resulta indispensable. ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾.

El paciente oncológico es un paciente que requiere una atención integral donde enfermería debe reconocer y atender a todas sus necesidades. Los cuidados de enfermería deben ser individualizados a cada paciente, con el fin de poder brindar una educación sanitaria para el autocuidado eficaz, para el afrontamiento de sus problemas y para la satisfacción de sus necesidades. Este tipo de pacientes, a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, manifiestan diferentes tipos de necesidades. Se ha observado

que gran parte de los pacientes con cáncer tienen necesidades de información, las cuales son detectadas mayoritariamente durante la fase del diagnóstico y en la toma de decisiones antes del tratamiento o en aquellas situaciones que suponen un cambio en el estilo de vida o modificación de la imagen corporal. El no brindar una adecuada información conlleva a un aumento de la depresión y ansiedad del paciente, lo que dificulta su adaptación a su nueva situación de salud ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

Con el fin de detectar cualquier desequilibrio nutricional en el paciente, enfermería dentro de un equipo multidisciplinar, llevará a cabo una serie de intervenciones que le permitirán reconocer cualquier situación de riesgo ⁽¹⁹⁾.

En primer lugar tendrá lugar la valoración del paciente y de su estado nutricional.

Un punto primario e importante que enfermería deberá valorar es el identificar cual es la causa de la desnutrición. Una vez reconocida la causa, para prevenir el estado de desnutrición, existen diferentes métodos de evaluación del estado nutricional del paciente. Aunque no existe un método estándar para la valoración, se utilizan tanto los valores objetivos como lo subjetivos. ⁽¹⁾⁽¹⁰⁾.

Dentro de los valores objetivos, el profesional de enfermería deberá valorar los siguientes aspectos importantes ⁽¹⁰⁾:

1. La antropometría: Se deberá medir la talla y el peso del paciente para poder obtener el Índice de Masa Corporal (IMC) que junto con los valores establecidos ^(anexo III) el profesional de enfermería identificará el peso ideal en relación a la talla, sexo y edad de paciente. Así mismo, dentro de esta valoración, enfermería deberá prestar atención a la historia de pérdida de peso, valorándola de forma reciente (2-4 semanas) y a largo plazo (3-6 meses) ya que la pérdida de peso de un grado bajo (2-5%) es una clave inicial para el desarrollo de la desnutrición si no se interviene. ⁽¹⁾⁽¹⁰⁾⁽²¹⁾.

2. Valores bioquímicos: Se deberán tener en cuenta los valores de la albúmina plasmática ya que sus valores ^(anexo IV) tienen gran importancia para predecir complicaciones asociadas a la desnutrición. ⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾⁽²¹⁾

Dentro de los valores subjetivos se encuentra la valoración global subjetiva generada por el paciente ^(anexo V): Es una herramienta utilizada con el fin de identificar a aquellos pacientes que presentan riesgo de sufrir complicaciones derivadas de su inadecuado estado nutricional y si se beneficiaría de un tratamiento nutricional. Por lo tanto, sirve para que enfermería pueda tomar decisiones sobre el seguimiento del estado nutricional del paciente y su tratamiento. ⁽¹⁰⁾⁽¹⁴⁾⁽²¹⁾

Tras la valoración básica enfermera del paciente oncológico, el proceso enfermero abarca los siguientes diagnósticos más frecuentes en el paciente oncológico, según la taxonomía NANDA. ⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾ (ver tabla 7)

Tabla 7. Principales diagnósticos enfermeros en el paciente oncológico.
Elaboración propia.

1	00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades ⁽²²⁾⁽²⁴⁾
2.	00085 Deterioro de la movilidad física ^{(22) (24)}
3.	00093 Fatiga ^{(22) (23) (24)}
4.	00146 Ansiedad ^{(22) (23) (24)}
5.	00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea ^{(22) (23) (24)}
6.	00136 Duelo ^{(23) (24)}
7.	00004 Riesgo de infección ^{(22)(23) (24)}
8.	00133 Dolor crónico ^{(22) (24)}
9.	00198 Trastorno del patrón del sueño ^{(22) (23) (24)}

En relación al diagnóstico *Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades* en aquellos pacientes que presentan desnutrición o presentan riesgo, el profesional de enfermería llevará a cabo una serie de actividades para prevenirlo.

En primer lugar, se pactará con el paciente un menú selección donde enfermería será la encargada de informar al paciente acerca de qué alimentos son aconsejables para su nueva situación de salud (alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas) y cuáles son los alimentos desaconsejables ⁽¹⁹⁾

A partir de ese momento, el profesional de enfermería controlará periódicamente el peso, IMC, e ingesta de nutrientes con el fin de detectar alteraciones nutricionales, pérdidas de peso importantes o posibles tenencias a la anorexia, recomendando una evaluación objetiva de la ingesta nutricional, de los signos de desnutrición y del rendimiento físico en aquellos pacientes con un cribado alterado ^{(15) (19) (25)}.

Por otro lado, el profesional deberá tener en cuenta la localización del tumor, ya que supone un factor importante predisponente de la desnutrición ^{(10) (18)} (ver tabla 8).

Tabla 8. Grupo de riesgo nutricional en función de la localización tumoral⁽¹⁰⁾		
RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
<u>Tórax: Pulmón y mama</u> <u>SNC</u> <u>Óseo-muscular</u> <u>Próstata-melanomas</u>	<u>Cabeza y cuello:</u> Parótidas <u>Maxilares-cerebral</u> <u>Abdomen y pelvis:</u> Hepático, biliar, renal, ovario, genitales.	<u>Cabeza y cuello:</u> Boca, faringe, laringe y esófago <u>Abdominal:</u> digestivo <u>Hematología:</u> Trasplante de médula

También, enfermería deberá prestar especial atención a la presencia de náuseas y vómitos, diarrea, xerostomía, infecciones, mucositis... ya que podrían tener repercusión en la alimentación y nutrición del paciente al disminuir la ingesta y empeorar la calidad de vida del paciente ⁽¹⁰⁾⁽¹⁹⁾.

Además de la disminución de la ingesta, los pacientes oncológicos a menudo presentan una disminución de la actividad física que conlleva a una reducción de la masa muscular esquelética pudiendo llegar a ocasionar sarcopenia. La actividad física es esencial para regular el anabolismo muscular, el metabolismo energético y la sensibilidad a la insulina por lo que enfermería será la encargada de estimular el ejercicio físico mediante un entrenamiento programado con ejercicios de resistencia individualizados para mantener la fuerza muscular y el músculo. ⁽⁹⁾⁽¹⁵⁾

6. CONCLUSIÓN

Se ha visto que el estado nutricional tiene un importante efecto sobre los pacientes con cáncer, ya que frecuentemente padecen trastornos de desnutrición.

La etiología de esta desnutrición es multifactorial, y si no se trata, puede dar lugar a una desnutrición más grave denominada caquexia cancerosa, la cual empeora el pronóstico del paciente.

El soporte nutricional cobra gran importancia en el tratamiento de la desnutrición simple en los pacientes oncológicos ya que tiene como finalidad aportar las necesidades de micronutrientes y macronutrientes que los pacientes necesitan. Se ha visto que la NE es la alternativa a la nutrición oral, y a demás, se muestra más efectiva que la parenteral al producir mejoras significativas en la estabilización de los parámetros analíticos y disminución de la estancia hospitalaria.

La alimentación es una de las medidas preventivas del deterioro del estado nutricional, donde se pueden diferenciar alimentos aconsejables y desaconsejables en la alimentación de los pacientes oncológicos.

En cuanto al rol de enfermería en la prevención de la desnutrición oncológica, cabe destacar la importancia de realizar un cribado nutricional a todos los pacientes con cáncer, desde el momento del diagnóstico y a lo largo de toda la evolución.

Dentro de la valoración enfermera del estado nutricional, el cribado nutricional se realiza mediante valores objetivos y subjetivos, y una vez realizado, el profesional llevará a cabo las diferentes intervenciones enfermeras para poder prevenir así, los trastornos de desnutrición.

Asimismo, se recomienda mantener la actividad física durante todo el proceso del cáncer para evitar así la aparición de sarcopenia, la cual podría empeorar el estado clínico del paciente.

Además de la valoración nutricional, el profesional de enfermería juega un papel esencial en la valoración integral de las necesidades de cada uno de los pacientes oncológicos, ya que debe brindar una educación sanitaria individualizada a cada paciente teniendo en cuenta cada una de sus necesidades.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ross C.A, Caballero B, Cousins R.J, Tucker K.L, Ziegler T.R. eds. *Nutrición En La Salud y La Enfermedad*. 11ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2014.
2. Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós J.R, Alemán A, Rojas D, Torrella A, Chico M, Vicente M, Díaz J.M, Larrañaga N, Marcos-Gragera R, Sánchez M.J, Perucha J, Ramos M, Navarro C, Ardanaz E, Bigorra J, Rodrigo P, Peris Bonet R. *Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa*. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) [Internet]; 2014. [Consultado 13 Marzo de 2018] Disponible en: <http://redecn.org/es/page.cfm?id=196&title=estimaciones-de-la-incidencia-y-la-supervivencia-del-cancer-en-espana-y-su-situacion-en-europa>
3. Sociedad Española de oncología médica (SEOM) *Las cifras del cáncer en España*, [Internet]; 2017. [Consultado 13 Marzo de 2018] Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf
4. Sánchez-Robles R, Gea-Lázaro M.L. Protocolo de intervenciones en consejo dietético intensivo en atención primaria. *Enferm Clínica* [Internet], 2012 [Consultado 28 Marzo de 2018]; 22(5) Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-protocolo-intervenciones-consejo-dietetico-intensivo-S1130862112001015?referer=buscador>
5. Saz-Peiro P, Saz-Tejero S. La dieta vegetariana en la prevención y el tratamiento del cáncer. *Med natur* [Internet], 2015 [Consultado 13 Marzo de 2018]; 9(2):71-81. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5171302>

6. Ocón Bretón M.J, Luengo Pérez L.M, Virizuela J.A, Álvarez Hernández J, Jimenez Fonseca P, Cervera Peris M, Sendrós Madroño M.J, Grande E, Camblor Álvarez M. Soporte nutricional y nutrición parenteral en el paciente oncológico: informe de consenso de un grupo de expertos. *Endocrinol diabetes nutr* [Internet], 2018 [Consultado 7 Abril de 2018]; 65(1):17-23 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29292219>
7. Escortell Sánchez R, García-Galbis M.R. Nutrición enteral e el estado nutricional del cáncer; revisión sistemática. *Nutr Hosp* [Internet], 2015 [Consultado 7 Abril de 2018]; 32(4):1408-1416 Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/9227.pdf>
- 8 Fernández Martínez O. *Mis Recetas Anticáncer: Alimentación y Vida Anticáncer*. 8ª ed. Barcelona: Urano; 2013.
9. Miján de la Torre A. El músculo, elemento clave para la supervivencia en el enfermo neoplásico. *Nutr hosp* [Internet], 2016 [Consultado 10 Abril de 2018]; 33(1):11-16 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27269215>
10. Molina Rodríguez M. Valoración nutricional del paciente oncológico. *Paraninfo Digital*, [Internet], 2013 [Consultado 10 Abril de 2018] Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/369o.pdf>
11. Fort Casamartina E, Arribas Hortiguera L, Bleda Pérez C, Muñoz Sánchez C, Peiro Martínez I, María Perayre Badía M, Clopés Estela A. Interacción entre tratamientos oncológicos y soporte nutricional. *Nutr hosp* [Internet]; 2016 [Consultado el 8 Abril de 2018]; 33(1) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000700007

12. Pérez-Cruz E, Camacho-Limas C.P. Cáncer del tracto digestivo: Asociación entre el estado nutricional y la capacidad funcional. *Gac Méd Mex* [Internet]; 2016 [Consultado el 10 Abril de 2018] 153:575-580 Disponible en: http://gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=30
13. Florido Martín J.C, Martín Sánchez E, López-Espinosa Plaza A. Control nutricional en la consulta de enfermería de radioterapia. *Enferm radiológica* [Internet], 2010 [Consultado el 6 Abril de 2018]; 7(1):20-33 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3256783>
14. Marín Caro Ma*, Laviano A, Pichard C, Gómez Candela C. Relacion entre la intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer. *Nutr Hosp* [Internet]; 2007 [Consultado 10 Abril de 2018] 22(3):337-350 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000400008&lng=es&nrm=iso
15. The European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC), [Internet]; 2009 [Consultado 8 Abril de 2018] D6.2: *ESPEN Guideline: Nutrition in Cancer, Nutritional and Metabolic Problems in Cancer Patients, Effects on Clinical Outcome and Aims of Nutritional Therapies*. 2014. Disponible en: http://www.epaac.eu/images/END/Final_Deliverables/D6.2_ESPEN_GUIDELINE_2014.pdf
16. Hernández-Ramírez R.U, López-Carrillo L. Dieta y cáncer gástrico en México y en el mundo. *Salud pública Méx* [Internet]; 2014 [Consultado 9 Abril de 2018] 56(5):555-560. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500023&lng=es&nrm=iso
17. Torres-Sánchez L, Galván-Portillo M, Lewis S, Gómez-Dantés H, López-Carrillo L. Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. *Salud pública Méx* [Internet]; 2009 [Consultado 9 Abril de 2018] 51(2):181-190 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800008&lng=es&nrm=iso

18. Sociedad Española de Enfermería Oncológica. *Enfermería oncológica* 2017; 19(1)
19. Peinado Barraso M.C, Granados Matute A.E, Fraile Rodríguez P. Actuación de Enfermería ante el niño con cáncer: Plan de cuidados. *Enferm Global* [Internet]; 2007 [Consultado 5 Abril de 2018] 11(2):1-14. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/429>
20. Ayala de Calvo L.E, Sepulveda-Carrillo G.J *Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio. Enferm Global* [Internet]; 2017 [Consultado 5 Abril de 2018] 16(1):353-368 Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/231681>
21. Marín Caro M.M, Gómez Candela C, Castillo Rabaneda R, Lourenço Nogueira T, García Huerta M, Loria Kohen V, Villarino Sanz M, Zamora Auñón P, Luengo Pérez L, Robledo Sáenz P, López- Portabella C; Zarazaga Monzón A; Espinosa Rojas J, Nogués Boqueras R, Rodríguez Suárez L, Celaya Pérez S, Pardo Masferrer J. Evaluación del riesgo nutricional e instauración de soporte nutricional en pacientes oncológico, según el protocolo español de Nutrición y Cáncer. *Nutr hosp* [Internet]; 2008 [Consultado 10 Abril de 2018] 23(5):358-468 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000700008&lng=es&nrm=iso
22. Miranda de Sousa R, Do Espírito Santo F.H, Ferreira Santana R, De Oliveira Lopes M.V. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [Internet]; 2015 [Consultado 8 Abril de 2018] 19(1): 54-65 Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0054.pdf>

23. Rivas-Espinosa J.G, Álvarez-Sanvicente M.E, Cruz-Santiago C, Martínez-Salamanca F.J, Aguilera-Rivera M, Ibáñez-Chávez D.R. Etiquetas diagnósticas en pacientes hospitalizadas con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino. *Rev Conamed*, [Internet]; 2008 [Consultado 8 Abril de 2018] 13(2):23-29 Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LTnefuDh3KcJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3626956.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es>
24. Luis MT. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión Crítica y Guía práctica. 9ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
25. Joaquín Ortiz C. Análisis de las guías clínicas en Oncología. *Nutr Hosp* [Internet]; 2016 [Consultado 10 Abril de 2018] 33(1):40-49 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000700006&lng=es&nrm=iso

8. ANEXOS

ANEXO I

Incidencia de los tipos de cáncer más frecuentes en España en el año 2015.



Fuente: Sociedad Española de oncología médica (SEOM) *Las cifras del cáncer en España*, [Internet]; 2017. [Consultado 7 Enero de 2018]

Disponible en:

[https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las cifras del cancer en Esp 2017.pdf](https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf)

ANEXO II

Incidencia de los diferentes tipos de cáncer en relación al sexo:

Estimaciones de la incidencia del cáncer en España para el año 2015
(varones)

TIPO DE CÁNCER	Nº CASOS	95 % CI	CR	95 % CI	ASIRw	95 % CI	ASIRe	95 % CI
Colon	15.808	13.436-18.500	69,4	59,0-81,2	32,1	27,3-37,6	49,0	41,6-57,3
Colorrecto	24.764	22.194-27.661	108,7	97,4-121,4	51,5	46,2-57,4	77,8	69,8-86,8
Esófago	1.979	1.746-2.238	8,7	7,7-9,8	4,7	4,1-5,3	6,7	5,9-7,6
Estómago	5.150	4.681-5.660	22,6	20,5-24,8	10,8	9,8-11,9	16,2	14,7-17,8
Hígado	4.252	3.645-4.911	18,7	16,0-21,6	9,7	8,3-11,2	14,1	12,1-16,3
Labios, cavidad oral y faringe	4.980	3.896-6.225	21,9	17,1-27,3	12,4	9,6-15,6	17,4	13,5-21,9
Laringe	3.426	2.988-3.899	15,0	13,1-17,1	8,6	7,4-9,8	12,1	10,5-13,9
Leucemia	3.782	3.161-4.494	16,6	13,9-19,7	9,5	8,1-11,2	12,6	10,6-14,8
Linfoma de Hodgkin	943	837-1.057	4,1	3,7-4,6	3,7	3,3-4,2	4,0	3,5-4,5
Linfoma no Hodgkin	4.190	3.667-4.760	18,4	16,1-20,9	10,6	9,3-12,0	14,3	12,5-16,2
Melanoma	2.577	2.211-2.976	11,3	9,7-13,1	6,1	5,3-7,1	8,6	7,4-10,0
Mieloma	1.489	984-2.248	6,5	4,3-9,9	3,0	2,0-4,5	4,6	3,0-6,9
Páncreas	3.513	3.156-3.901	15,4	13,9-17,1	7,5	6,8-8,4	11,3	10,1-12,5
Próstata	33.370	27.439-40.101	146,4	120,4-176,0	67,6	55,2-81,6	103,4	84,8-124,5
Pulmón	22.430	19.740-25.420	98,4	86,6-111,5	50,5	44,4-57,4	74,1	65,2-84,1
Recto	8.956	7.968-10.026	39,3	35,0-44,0	19,4	17,2-21,7	28,8	25,6-32,3
Riñón	3.590	3.188-4.027	15,8	14,0-17,7	8,5	7,5-9,6	12,2	10,8-13,7
Sistema Nervioso Central	2.332	2.091-2.596	10,2	9,2-11,4	6,4	5,7-7,1	8,3	7,4-9,2
Testículo	974	871-1.084	4,3	3,8-4,8	4,2	3,7-4,7	4,3	3,9-4,8
Tiroides	865	767-973	3,8	3,4-4,3	2,4	2,1-2,7	3,2	2,8-3,6
Vejiga	17.439	15.695-19.304	76,5	68,9-84,7	37,2	33,3-41,2	55,7	50,1-61,7
Vesícula biliar	1.104	876-1.369	4,8	3,8-6,0	2,1	1,7-2,6	3,3	2,6-4,1
Otros cánceres	5.678	4.857-6.578	24,9	21,3-28,9	13,2	11,4-15,2	18,6	15,9-21,5
Todos los tumores (excl. tumores cutáneos no melanoma)	148.827	141.329-157.285	653,1	620,2-690,2	330,1	314,0-348,2	482,7	458,8-509,6

Estimaciones de la incidencia del cáncer en España en el año 2015 (mujeres)

TIPO DE CÁNCER	Nº CASOS	95 % CI	CR	95 % CI	ASIRw	95 % CI	ASIRe	95 % CI
Cérvix	2.399	1.985-2.874	10,2	8,4-12,2	6,3	5,2-7,6	8,2	6,7-9,9
Colon	11.927	10.733-13.216	50,5	45,4-56	19,9	18,0-22,0	29,7	26,8-32,8
Colorrecto	16.677	15.090-18.521	70,6	63,9-78,4	28,3	25,6-31,5	42,0	38,1-46,7
Esófago	379	293-483	1,6	1,2-2,0	0,7	0,5-0,9	1,0	0,8-1,3
Estómago	3.306	2.968-3.672	14,0	12,6-15,5	5,4	4,8-5,9	8,0	7,2-8,8
Hígado	1.610	1.337-1.917	6,8	5,7-8,1	2,4	2,0-2,8	3,7	3,1-4,4
Labios, cavidad oral y faringe	1.690	1.489-1.908	7,2	6,3-8,1	3,3	2,9-3,8	4,7	4,2-5,3
Laringe	299	113-764	1,3	0,5-3,2	0,7	0,3-1,9	1,0	0,4-2,6
Leucemia	2.736	2.292-3.242	11,6	9,7-13,7	5,8	4,9-6,8	7,5	6,3-8,8
Linfoma de Hodgkin	646	562-739	2,7	2,4-3,1	2,5	2,1-2,8	2,6	2,3-3,0
Linfoma no Hodgkin	3.480	3.089-3.903	14,7	13,1-16,5	7,0	6,2-7,8	9,7	8,6-10,8
Mama	27.747	24.027-31.957	117,5	101,7-135,3	65,2	56,1-75,5	88,3	76,1-102,1
Melanoma	2.313	2.003-2.652	9,8	8,5-11,2	5,6	4,8-6,4	7,3	6,3-8,4
Mieloma	1.240	824-1.848	5,3	3,5-7,8	1,9	1,3-2,9	3,0	2,0-4,4
Ovario	3.228	2.861-3.627	13,7	12,1-15,4	7,2	6,3-8,1	9,9	8,7-11,2
Páncreas	3.401	3.030-3.805	14,4	12,8-16,1	5,1	4,6-5,7	7,9	7,0-8,8
Pulmón	5.917	5.301-6.591	25,1	22,4-27,9	12,7	11,4-14,3	17,9	16,0-20,0
Recto	4.750	3.705-6.069	20,1	15,7-25,7	8,4	6,5-10,7	12,4	9,6-15,8
Riñón	1.989	1.716-2.296	8,4	7,3-9,7	4,1	3,5-4,8	5,7	4,9-6,6
Sistema Nervioso Central	1.710	1.500-1.939	7,2	6,4-8,2	4,0	3,5-4,6	5,2	4,6-6,0
Tiroides	2.442	2.276-2.617	10,3	9,6-11,1	6,6	6,1-7,0	8,8	8,2-9,5
Útero	6.160	5.405-6.984	26,1	22,9-29,6	13,1	11,4-15,0	18,7	16,3-21,3
Vejiga	3.654	3.114-4.249	15,5	13,2-18,0	6,0	5,2-7,0	9,0	7,7-10,5
Vesícula biliar	1.009	850-1.189	4,3	3,6-5,0	1,4	1,1-1,6	2,1	1,8-2,5
Otros cánceres	4.913	4.175-5.716	20,8	17,7-24,2	8,7	7,5-9,9	12,2	10,6-14,0
Todos los tumores (excl. tumores cutáneos no melanoma)	98.944	94.512-103.989	419,0	400,2-440,3	204,1	193,9-215,7	284,5	270,7-300,2

Fuente: Sociedad Española de oncología médica (SEOM) *Las cifras del cáncer en España*, [Internet]; 2017. [Consultado 7 Enero de 2018]
Disponible en:
[https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las cifras del cancer en Esp 2017.pdf](https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf)

ANEXO III

Valores de IMC:

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC). Elaboración propia.	
VALORES NORMALES DE IMC	SE DEFINE MALNUTRICIÓN...
Valores comprendidos entre 20-25.	Valores inferiores a 20.

Fuente:

Marín Caro M.M, Gómez Candela C, Castillo Rabaneda R, Lourenço Nogueira T, García Huerta M, Loria Kohen V, Villarino Sanz M, Zamora Auñón P, Luengo Pérez L, Robledo Sáenz P, López- Portabella C; Zarazaga Monzón A; Espinosa Rojas J, Nogués Boqueras R, Rodríguez Suárez L, Celaya Pérez S, Pardo Masferrer J. Evaluación del riesgo nutricional e instauración de soporte nutricional en pacientes oncológico, según el protocolo español de Nutrición y Cáncer. *Nutr hosp* [Internet]; 2008 [Consultado 10 Abril de 2018] 23(5):358-468 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000700008&lng=es&nrm=iso

ANEXO IV

Valores de Albúmina:

VALORES ALBÚMINA. Elaboración propia.	
Valores >3,5 g/dl	Valores normales. Sin desnutrición
Valores entre 3,5-2,8 g/dl	Desnutrición leve
Valores entre 2,1-2,7 g/dl	Desnutrición moderada
Valores <2,1 g/dl	Desnutrición grave

Fuentes: Pérez-Cruz E, Camacho-Limas C.P. Cáncer del tracto digestivo: Asociación entre el estado nutricional y la capacidad funcional. *Gac Méd Mex* [Internet]; 2016 [Consultado el 10 Abril de 2018] 153:575-580 Disponible en: http://gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=30

Marín Caro M.M, Gómez Candela C, Castillo Rabaneda R, Lourenço Nogueira T, García Huerta M, Loria Kohen V, Villarino Sanz M, Zamora Auñón P, Luengo Pérez L, Robledo Sáenz P, López- Portabella C; Zarazaga Monzón A; Espinosa Rojas J, Nogués Boqueras R, Rodríguez Suárez L, Celaya Pérez S, Pardo Masferrer J. Evaluación del riesgo nutricional e instauración de soporte nutricional en pacientes oncológico, según el protocolo español de Nutrición y Cáncer. *Nutr hosp* [Internet]; 2008 [Consultado 10 Abril de 2018] 23(5):358-468 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000700008&lng=es&nrm=iso

ANEXO V

La valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) es una herramienta sencilla utilizada para identificar precozmente a los pacientes malnutridos o en riesgo de estarlo.

Esta herramienta identifica a los pacientes que requieren una intervención nutricional y cuales se beneficiarían de un soporte nutricional intensivo de tal forma que sirve para tomar decisiones sobre el seguimiento del estado nutricional y su tratamiento.

Interrelaciona datos de la evolución del peso, la ingesta dietética actual en relación con la ingesta habitual del paciente, los síntomas digestivos presentes en las últimas dos semanas, capacidad funcional y los requerimientos metabólicos. Valora cada uno de los apartados como leve, moderado o severo.

VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA GENERADA POR EL PACIENTE

Por favor, conteste al siguiente formulario escribiendo los datos que se le piden o señalando la opción correcta, cuando se le ofrecen varias.

Nombre y Apellidos _____		Edad ____ años
PESO actual _____ kg Peso hace 3 meses _____ kg		Fecha ____ / ____ / ____
ALIMENTACIÓN respecto hace 1 mes: <input type="checkbox"/> como más <input type="checkbox"/> como igual <input type="checkbox"/> como menos Tipo de alimentos: <input type="checkbox"/> dieta normal <input type="checkbox"/> pocos sólidos <input type="checkbox"/> sólo líquidos <input type="checkbox"/> sólo preparados nutricionales <input type="checkbox"/> muy poco	DIFICULTADES PARA ALIMENTARSE: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta era SÍ, señale cuál / cuáles de los siguientes problemas presenta: <input type="checkbox"/> falta de apetito <input type="checkbox"/> ganas de vomitar <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> olores desagradables <input type="checkbox"/> los alimentos no tienen sabor <input type="checkbox"/> sabores desagradables <input type="checkbox"/> me siento lleno enseguida <input type="checkbox"/> dificultad para tragar <input type="checkbox"/> problemas dentales <input type="checkbox"/> dolor. ¿Dónde? _____ <input type="checkbox"/> depresión <input type="checkbox"/> problemas económicos	
ACTIVIDAD COTIDIANA en el último mes: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> menor de lo habitual <input type="checkbox"/> sin ganas de nada <input type="checkbox"/> paso más de la mitad del día en cama o sentado		
ENFERMEDADES: _____ TRATAMIENTO ONCOLÓGICO: _____ OTROS TRATAMIENTOS: _____		
ALBUMINA antes De tratamiento Oncológico: _____ g/dl PREALBÚMINA tras el tratamiento oncológico: mg/dl		EXPLORACIÓN FÍSICA: Pérdida de tejido adiposo: <input type="checkbox"/> SÍ. Grado _____ <input type="checkbox"/> NO Pérdida de masa muscular: <input type="checkbox"/> SÍ. Grado _____ <input type="checkbox"/> NO Edemas y/o ascitis: <input type="checkbox"/> SÍ. Grado _____ <input type="checkbox"/> NO Úlceras por presión: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fiebre: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

VALORACIÓN GLOBAL (de la VSG –gp), teniendo en cuenta el formulario, señale lo que corresponda a cada dato clínico para realizar la evaluación final:

DATO CLÍNICO	A	B	C
Pérdida de peso	<5%	5-10%	>10%
Alimentación	Normal	deterioro leve-moderado	deterioro grave
Impedimentos para ingesta	NO	leves-moderados	graves
Deterioro de actividad	NO	leve-moderado	grave
Edad	≤65	>65	>65
Úlceras por presión	NO	NO	SI
Fiebre / corticoides	NO	leve / moderada	elevada
Tto antineoplásico	bajo riesgo	medio riesgo	alto riesgo
Pérdida adiposa	NO	leve / moderada	elevada
Pérdida muscular	NO	leve / moderada	elevada
Edemas / ascitis	NO	leve / moderados	importantes
Albúmina (previa al tto)	>3'5	3'0-3'5	<3'0
Prealbúmina (tras tto)	>18	15-18	<15

VALORACIÓN GLOBAL,

- ☐ A: buen estado nutricional
- ☐ B: malnutrición moderada o riesgo de malnutrición
- ☐ C: malnutrición grave

Fuente: Marín Caro M.M, Gómez Candela C, Castillo Rabaneda R, Lourenço Nogueira T, García Huerta M, Loria Kohen V, Villarino Sanz M, Zamora Auñón P, Luengo Pérez L, Robledo Sáenz P, López- Portabella C; Zarazaga Monzón A; Espinosa Rojas J, Nogués Boqueras R, Rodríguez Suárez L, Celaya Pérez S, Pardo Masferrer J. Evaluación del riesgo nutricional e instauración de soporte nutricional en pacientes oncológico, según el protocolo español de Nutrición y Cáncer. *Nutr hosp* [Internet]; 2008 [Consultado 10 Abril de 2018] 23(5):358-468 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000700008&lng=es&nrm=iso